

Duplicate

Lano Medical Lib

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICALE.

19

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES DU CORPS JAUNE

(Etude clinique et histologique).

THÈSE

présentée

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Dimitri PORTARSKY
Sofia (Bulgarie)



GENÈVE

IMPRIMERIE DU COMMERCE, BOULEVARD CARL-VOGT, 79

—
1929

Thèse N° 1324

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICALE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES DU CORPS JAUNE

(Etude clinique et histologique).

THÈSE

présentée

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Dimitri PORTARSKY

Sofia (Bulgarie)



GENÈVE

IMPRIMERIE DU COMMERCE, BOULEVARD CARL-VOGT, 79

1929

Thèse N° 1324

*La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de
Monsieur le Prof. R. de SEIGNEUX, autorise l'impres-
sion de la présente thèse, sans prétendre par là émettre
d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.*

Genève, le 17 décembre 1929.

Le Doyen ;

Dr M. ROCH.

A ma femme

Qu'il nous soit permis d'exprimer notre profonde gratitude à Monsieur le Professeur BEUTTNER pour avoir bien voulu permettre l'élaboration du présent travail à la Clinique Gynécologique et Obstétricale de l'Université de Sofia sous la direction de Monsieur le Professeur D. SAMATEFF qui nous en a suggéré le sujet.

A Monsieur le Professeur STAMATEFF, qui a obligeamment mis à notre disposition son laboratoire et son matériel clinique, nous exprimons toute notre reconnaissance pour les conseils éclairés et bienveillants qu'il n'a cessé de nous prodiguer durant l'élaboration de notre thèse.

I.

INTRODUCTION

Nous croyons utile de donner, tout d'abord, quelques notions sur le développement normal du corps jaune.

Au moment de la rupture du follicule, la membrane granuleuse, passablement plus épaisse à la base qu'à l'endroit de la déhiscence folliculaire, est constituée par plusieurs couches de cellules cylindriques basses. A ce moment déjà, elle a quelquefois une coloration jaunâtre. Son augmentation en épaisseur se fait par division indirecte de ses cellules (karyokynèse). Cette épaisseur est variable suivant les follicules et, dans un même follicule, suivant les endroits : on trouve généralement 8 à 10 couches à la base et seulement 2 à 3 assises cellulaires vers la surface de l'ovaire, au niveau de la rupture. La thèque interne est séparée de la granuleuse par une membrane vasculaire très mince dont les capillaires proviennent de la thèque externe. Son épaisseur est très variable et contient tout au plus deux ou trois couches de cellules épithéloïdes passablement plus grosses que les cellules de la granuleuse. Comme pour cette dernière, on rencontre ici, mais moins fréquemment, des figures karyokynétiques. Cette formation est pourvue d'un assez riche réseau capillaire dont les parois, réduites simplement à l'endothélium, se trouvent en contact direct avec les cellules thécales. Ces dernières forment par places de petits groupes de quelques éléments contenus dans les mailles du réseau capillaire.

Après la déhiscence du follicule, nous assistons à la phase de prolifération du corps jaune récent. La granuleuse s'épaissit très fortement ; on compte par place jusqu'à 20 couches de cellules. En même temps des phénomènes de sécrétion s'y dessinent nettement, aussi sa coloration est-elle franchement jaune. L'épaisseur de la thèque interne augmente également et atteint à peu près celle de la

granuleuse. Les substances lipoïdes contenues dans les cellules thécales sont, comme dans la granuleuse, de plus en plus abondantes. Le réseau capillaire se développe fortement.

Dans la phase suivante, la plaie résultant de la déhiscence commence à se cicatriser ; la granuleuse est devenue plus large et ses cellules, fortement augmentées de volume, sont bourrées de substances lipoïdes. Le nombre des mitoses diminue. La coloration de la granuleuse est, dans cette phase, rose-jaunâtre, ce qui est dû en partie à la graisse contenue dans les cellules lutéiniques et en partie à l'apparition de capillaires dans ses couches superficielles.

Le corps jaune récent, ainsi constitué, arrive ensuite au stade hémorragique caractérisé par l'augmentation du nombre des capillaires dans la granuleuse et leur apparition dans le noyau central. Les cellules lutéiniques contiennent de fines granulations de lipoïdes phosphorés. Les cellules thécales sont chargées de granulations de lipoïdes labiles.

Nous nous trouvons maintenant à l'apogée du développement du corps jaune, c'est-à-dire au stade d'état du corps jaune. Dans ce stade, les cellules lutéiniques ont atteint leur grandeur maximale et sont chargées de très nombreuses et fines granulations lipoïdes (phosphatides et cholestérides). La membrane lutéinique est traversée dans le sens radiaire par de nombreuses cellules conjonctives fusiformes qui, arrivées à la limite de la cavité centrale, y forment une membrane interne ou limitante constituée par 2 à 3 couches de cellules. La membrane thécale se disloque en groupes de plusieurs éléments cellulaires entourés de capillaires. Leur protoplasme contient des fines granulations lipoïdes réparties autour de petites vacuoles (stade de sécrétion cellulaire).

Nous arrivons finalement au stade de régression du corps jaune. Les cellules lutéiniques sont chargées de grosses granulations osmophiles (on trouve également celles-ci en dehors des cellules) et de globules volumineux de lipoïdes labiles (cholestérides). Les cellules thécales sont devenues

plus petites par suite de la diminution de leur corps protoplasmique. A mesure que la régression avance, les cellules lutéiniques frappées de dégénérescence diminuent petit à petit de volume pour disparaître finalement. En même temps les éléments conjonctifs augmentent et les remplacent. Les cellules thécales subissent simultanément ce même sort. Le noyau conjonctif central du corps jaune subit la dégénérescence hyaline, qui s'étend petit à petit sur les éléments de la membrane lutéinique. Le corps jaune perd sa coloration rose-jaunâtre, devient grisâtre et enfin blanchâtre. C'est le *corpus albicans*.

Comment et à quel moment prennent naissance les kystes du corps jaune? Nous ne nous occuperons pas des kystes qui proviennent des follicules arrêtés dans leur développement normal (atrésies kystiques), mais seulement des kystes des vrais corps jaunes, dont la paroi comprend une couche de cellules lutéiniques proprement dites c'est-à-dire dérivées de la granuleuse.

La dégénérescence kystique peut survenir à n'importe quel stade du développement du corps jaune et se constitue de la manière suivante : la quantité du liquide occupant le centre du corps jaune augmente et provoque, par compression, la dégénérescence des éléments du corps jaune qui forment la paroi du kyste. Celle-ci a une épaisseur très variable dépendant du degré de développement du corps jaune et de l'âge du kyste mais sa structure anatomique est toujours la même. On y découvre toujours une couche assez épaisse de cellules lutéiniques vers l'intérieur du kyste et à l'extérieur une couche plus mince composée de bandes ou de petits groupes de cellules thécales. A la coupe la couche lutéinique est toujours ondulée. La pression du contenu kystique, même dans les gros kystes, n'arrive jamais à effacer ce caractère qui différencie les kystes du corps jaune des atrésies kystiques. Il est parfois très difficile de déterminer la provenance du kyste. Cela arrive

surtout dans les grands kystes où une forte pression intérieure efface certains éléments histologiques distinctifs de la paroi. La dégénérescence dans ces cas peut s'étendre également au tissu ovarien environnant, mais celui-ci n'arrive jamais à disparaître complètement. Voici d'une manière générale la structure des kystes du corps jaune : leur contenu est un liquide séreux citrin. Celui-ci peut, par la suite, changer de couleur et devenir plus consistant surtout quand il se produit une hémorragie dans la paroi kystique avec pénétration du sang dans le liquide kystique. Ainsi le contenu peut prendre une coloration grise, café au lait, chocolat et une consistance sirupeuse. Le volume des kystes du corps jaune, très variable, oscille entre une petite noisette et une tête d'enfant. La paroi kystique se compose de deux couches visibles à l'œil nu ; l'une interne d'une épaisseur de 1 mm. environ, de couleur jaunâtre, l'autre externe qui comprend les thèques. On peut séparer assez facilement ces deux couches l'une de l'autre. A l'examen microscopique la couche interne se compose, en allant de dedans en dehors, des éléments suivants : 1^o une mince couche de fibrine ; 2^o une couche de tissu conjonctif atteint ou non de dégénérescence hyaline ; 3^o une couche provenant de la granuleuse, constituée par de grosses cellules lutéiniques polygonales entre lesquelles de nombreux capillaires forment un fin réseau. Cette couche présente des plissements analogues, quoique plus effacés, à ceux de la couche lutéinique du corps jaune normal à la période d'état ; 4^o une couche de tissu conjonctif jeune ; 5^o la thèque interne avec ses cellules plus ou moins bien conservées et enfin 6^o la thèque externe à structure lamellaire avec ses cellules conjonctives à direction concentrique.

Les kystes du corps jaunes sont presque toujours consécutifs à des inflammations des organes génitaux internes. La présence, à côté des kystes, de larges adhérences fibreuses anciennes peut faire supposer que des inflammations primaires non infectieuses des ovaires jouent également un rôle dans la genèse des kystes du corps jaune.

L. FRÄNKEL (1) pense que les inflammations des annexes entraînent rapidement la formation des kystes du corps jaune.

PFANNENSTIEL attribue la dégénérescence kystique des follicules et des corps jaunes à des inflammations chroniques des ovaires ou à des causes amenant au niveau de l'appareil folliculaire une transudation résultant d'un état de congestion des organes génitaux internes comme les excitations sexuelles, inflammations locales de l'appareil génital (gonorrhée, tuberculose, infection puerpérale), tumeurs, maladies infectieuses générales, maladie du cœur, maladies des vaisseaux, du foie etc. ou, enfin, des hémorragies au niveau de l'ovaire. Dans ces conditions, la transudation au niveau de l'appareil folliculaire provoque la dégénérescence kystique.

D'après Robert SCHRÖDER (2), la formation des kystes du corps jaune est la conséquence d'une mauvaise organisation par suite de la non pénétration de la theque interne au centre du corps jaune: la partie centrale du corps jaune n'étant pas bien organisée, devient lâche, se liquéfie et amorce la formation kystique.

Von OETTINGER (3) pense que les infections microbiennes entravent la sécrétion interne des ovaires, en altèrent ses fonctions, ce qui provoque la dégénérescence kystique des corps jaunes.

Il n'existe pas différentes variétés de kystes du corps jaune. G. SCHICKELÉ (4), en parlant de ces formations, dit: «Selon toute probabilité il s'agit de différentes phases d'évolution ou de régression, qui tantôt intéressent les restes de la couche granuleuse ou de la thèque interne ou encore la membrane lutéinique elle-même, restée encore bien développée. Cette dernière se trouve parfois en période d'évolution ou d'état, d'autres fois en voie de régression, tout comme dans un corps jaune normal». La même opinion est soutenue par ISCEKI (5).

La surface du kyste peut être lisse ou couverte d'adhérences. Les adhérences sont quelquefois très nombreuses et contractent des rapports tellement intimes avec les tissus

environnants qu'on ne peut facilement découvrir le kyste. Mais il y a des kystes tout à fait libres et même mobiles.

L'âge du kyste est en rapport avec son volume, l'épaisseur de ses parois et sa mobilité. Ainsi, les kystes jeunes auront des parois plus épaisses, ils seront plus petits et plus mobiles. A mesure qu'ils vieillissent, les kystes deviendront plus grands avec des parois plus minces et, dans les cas de phénomènes inflammatoires, des adhérences avec les organes voisins apparaîtront.

Il est rare que les kystes du corps jaune dépassent le volume d'une tête d'enfant, étant donné que ce sont des kystes rétentionnels qui n'ont pas la faculté de s'aggrandir outre mesure. Les kystes du corps jaune peuvent s'infecter. Dans ces cas, leur cavité peut se remplir de pus. Les infections kystiques sont considérées injustement comme des abcès du corps jaune. Nous disons injustement parce qu'ici le pus se collecte dans une cavité préformée, tandis que dans un abcès le pus remplace des tissus détruits par le processus inflammatoire.

Les kystes du corps jaune se manifestent par des douleurs pelviennes et des troubles menstruels. V. STÉPANOWITSCH (6) décrit des douleurs pelviennes périodiques (au début des règles surtout) sans cause palpable (kystes de petit volume). A. FRANKLIN et DORMAN (7) ont constaté des symptômes analogues à ceux résultant d'une rupture de grossesse tubaire. R. SCHRÖDER décrit, dans les cas de gros kystes, des sensations de pesanteur dans le bas ventre dues à la pression ou des douleurs lancinantes dues à la traction exercée par les adhérences des kystes.

Quant aux troubles de la menstruation, on a signalé des métrorragies abondantes et de longue durée (NOVAK 8). Von OETTINGER a fréquemment constaté des métrorragies et des ménorragies. HALBAN parle d'aménorrhée et enfin V. STEPANOWITSCH a observé une alternance entre les métrorragies et l'aménorrhée.

Le diagnostic des kystes du corps jaune, généralement très difficile, ne peut être fait quelquefois à l'examen clinique que dans les cas de kystes d'un certain volume (palpables) R. KELLER (9).

Les renseignements fournis par l'anamnèse ne sont pas caractéristiques. On peut soupçonner l'existence des kystes du corps jaune dans les cas de menstruation un peu irrégulière et très douloureuse les 2 ou 3 premiers jours. L'examen direct est le plus souvent négatif dans les cas de kystes de petite taille.

Le développement ultérieur des kystes provoque des changements d'abord du côté de l'ovaire, qui augmente de volume et prend une consistance molle. Dans les cas de tumeurs kystiques de l'ovaire, dépassant les dimensions d'une tête d'enfant, on peut exclure avec une grande certitude le kyste du corps jaune. Celui-ci est une tumeur annexielle libre, mobile ou adhérente aux organes environnants, qui tient à l'utérus au moyen d'un pédicule (ligament propre de l'ovaire); il est douloureux à la palpation. Il existe au début de l'ascite libre dans certains cas de kyste du corps jaune, mais, à cause de sa petite quantité, il est difficilement perceptible. Dans beaucoup de cas, le diagnostic à l'examen macroscopique est également difficile pendant ou après l'intervention. Seul l'examen histologique peut, dans ces cas, trancher la question.

Il importe de ne pas confondre, à l'examen clinique, le kyste du corps jaune avec une *grossesse tubaire*. La confusion est rendue possible par suite de l'hémorragie interne qui peut survenir dans les deux cas. Le kyste du corps jaune conserve sa forme et son volume après l'hémorragie. C'est le contraire qui se passe dans la grossesse ectopique. Dans le kyste du corps jaune, l'hémorragie ne survient pas brusquement comme cela s'observe dans la grossesse tubaire. Les douleurs dues au péristaltisme salpingien avant l'hémorragie dans la grossesse, manquent dans les cas de kyste du corps jaune. Etant peu abondant, le sang prove-

nant du kyste du corps jaune, ne détermine pas la formation d'hématocèle rétro-utérine.

La confusion avec les *kystes folliculaires* est facile. Ceux-ci ne dépassent jamais les dimensions d'un poing d'homme. Ils sont sphériques de consistance plus *élastique*, tout à fait mobiles, sans adhérences et avec des parois très minces. La trompe du même côté est libre.

La confusion avec les kystes hydatiques de l'appareil génital est plus facile à éviter. Ces kystes siègent le plus souvent dans le paramètre et sont solidement attachés à l'utérus ; ils sont quelquefois multiples. A l'examen direct on constate souvent le frémissement hydatique dans les cas de kyste hydatique. Dans le sang on constate l'éosinophilie.

Les autres tumeurs inflammatoires hyperplastiques ou néoplasiques des organes génitaux internes sont difficilement confondues avec les kystes de corps jaune.

La transformation kystique du corps jaune est un fait qui n'est pas particulièrement rare, et au cours des interventions sur les organes génitaux internes de la femme on peut se trouver subitement en présence d'une de ces formations kystiques ne dépassant guère la taille d'une noix. Ces formations kystiques paraissent être une trouvaille fortuite à côté de l'affection pour laquelle l'intervention opératoire avait été indiquée, et aucun indice ne nous fait prévoir auparavant la possibilité de rencontrer un kyste du corps jaune (R. KELLER). Ainsi on les rencontre le plus souvent dans les annexites (10%), ensuite dans les grossesses tumorales (8,7%), quelquefois avec des fibromes et par ordre de fréquence, à l'occasion de môles hydatiformes, de chorion-épithéliomes, de kystes de l'ovaire et plus rarement dans les grossesses normales (G. SCHICKELE).

Les kystes du corps jaune provoquent souvent l'amenorrhée, la stérilité, des hémorragies abondantes et des adhérences larges avec les organes du petit bassin si gênantes lors des interventions.

Au point de vu thérapeutique l'ablation des kystes du corps jaune ou de l'ovaire qui les porte, soit par voie vaginale (colpotomie), soit après laparotomie, est l'intervention de choix. STAMATEFF (15) préconise la voie vaginale. L'écrasement ou la ponction des kystes sont de mauvais procédés qui, surtout dans les kystes âgés et adhérents, exposent à des infections péritonéales, étant donné que ces formations ont souvent subi, des phénomènes inflammatoires.

II.

OBSERVATIONS.

Nous avons étudié neuf cas de kystes du corps jaune.

CAS 1. — Observation 334, 1927. — M^{me} R. C., âgée de 26 ans. Régliée à 14 ans, règles régulières, non douloureuses, durant 3—4 jours. Depuis un an les règles sont plus abondantes, durent 7-8 jours et sont douloureuses les premiers jours. A l'âge de 23 ans, deux fausses-couches; une de 3 et l'autre de 6 mois. Enceinte depuis cinq mois et demi. Métrorragies depuis quelques jours. Entrée dans le Service de Gynécologie le 24 avril 1927. On découvre une matrice fibromateuse gravide de cinq mois environ.

Hysteréctomie subtotale 18.26. IV. 1927. Extirpation d'un volumineux fibro-myome. Le corps jaune de la grossesse actuelle est situé dans l'ovaire droit.

Examen macroscopique de l'ovaire gauche. Cet ovaire, gros comme un petit œuf de poule, est fluctuant, à paroi inégalement épaisse, de couleur bleuâtre-nacrée avec, par places, des taches jaunes. A la coupe, dans l'épaisseur de la paroi, il existe de petits kystes sphériques, ou sous la forme de fentes étroites remplis de sang coagulé. Un kyste du volume d'une grosse noix, occupe le centre. Sa surface intérieure est lisse. Il contient de la fibrine et un liquide rouge-brunâtre, épais.

Examen histologique de l'ovaire gauche. — A la surface de l'ovaire, assez nombreuses adhérences fibreuses filiformes. L'épithélium germinatif manque en général. La couche superficielle de la substance corticale présente un léger degré de sclérose. Dans la couche profonde il y a des follicules primordiaux assez bien conservés. Les atrésies kystiques et oblitérantes sont très nombreuses. Les premières se présentent sous la forme de kystes sphériques ou elliptiques. Les secondes sont représentées par des corps hyalins ou des cicatrices de tissu conjonctif lâche entouré ou non d'un liséré de substance hyaline plus ou moins ondulée. La coupe contient de nombreux corps fibreux et un kyste irrégulièrement sphérique, dont le diamètre intérieur mesure 27 mm. Il est limité intérieurement par une épaisse couche de tissu conjonctif pauvre en cellules et doublé extérieurement par une très épaisse couche de tissu lutéinique à cellules encore assez bien conservées. La thèque interne est fortement élargie et contient des cellules interstitielles en bon état.

CAS 2. — Observation 359, 1926. — M^{me} S. M., âgée de 43 ans. Régliée à 16 ans, règles régulières de 3—6 jours de durée. Douleurs abdominales pendant et après les règles. Mariée à 19 ans, elle a eu cinq accouchements normaux. Depuis le dernier accouchement, leucorrhée constante, assez abondante. Aménorrhée depuis deux mois et douleurs pelviennes s'irradiant vers les cuisses. Entrée dans le Service

de Gynécologie le 5. IX. 1926. On découvre une annexite bilatérale. Hystérectomie subtotale le 19. IX. 1926.

Les annexes droites forment une tumeur bosselée irrégulièrement ovoïde, de la grosseur d'un œuf de poule (trompe et ovaire soudés), couverte d'adhérences fibreuses. A la coupe l'ovaire contient de nombreux petits kystes dont le plus gros a un diamètre de 21 mm. Le contenu de ce kyste est rouge-brunâtre, sirupeux.

Examen histologique de l'ovaire droit. La surface de l'ovaire est en grande partie couverte d'adhérences fibreuses épaisses. En dehors de celles-ci, l'épithélium de revêtement existe bien conservé. Les adhérences forment par endroits des nodules constitués par une agglomération de tubercules. Forte congestion dans toute l'étendue de l'ovaire. Les coupes examinées sont faites au niveau de la substance médullaire et les couches profondes de la substance corticale. Avec l'ovaire il y a également du tissu salpingien contenant des tubercules. Les coupes sont riches en formations kystiques irrégulières à parois légèrement valonnée et deux kystes plus gros, sphériques. Le plus petit de ces deux kystes mesure 13 mm. de diamètre. Sa paroi, mince sur l'une de ses moitiés et très épaisse sur l'autre, contient de grosses cellules lutéiniques très bien conservées. Le plus gros kyste, dont on ne voit qu'une partie sur la préparation, a également une paroi constituée par des cellules lutéiniques bien conservées.

CAS 3. — Observation 86, 1927. — M^{lle} C. M., âgée de 40 ans. Régliée à 13 ans. Elle a toujours eu des règles abondantes, indolores, régulières, de trois jours de durée. Depuis 12 ans, pesanteur dans le bas ventre et incontinence d'urine. Il y a un an, les règles sont devenues irrégulières et douloureuses les premiers jours. Elles manquent quelquefois. Lors des dernières règles, forte métrorragie. Entrée dans le Service de Gynécologie le 11 mars 1927. On découvre une tumeur annexielle kystique à droite. On pense à un kyste du corps jaune. Ovariectomie droite.

Examen macroscopique de l'ovaire droit. L'ovaire forme une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, fluctuante, à paroi légèrement ridée, d'épaisseur inégale, par endroits, parcheminée. A la coupe, il s'agit d'un kyste contenant un liquide brun-jaunâtre, à surface intérieure finement mamelonnée, de coloration par places jaune, par places brune. Dans l'épaisseur de la paroi, il y a d'autres petits kystes.

Examen histologique de l'ovaire droit. L'épithélium de revêtement manque complètement. Albuginée par places très épaisse, riche en substance hyaline. Follicules primordiaux excessivement rares. Nombreuses formations d'atrésie folliculaire kystique et oblitérante. Les kystes atrésiques sont sphériques avec faible réaction lutéinique dans la thèque interne. Le gros kyste mesure 43 mm. de diamètre. Il est tapissé par une épaisse couche de grosses cellules lutéiniques, en très bon état de conservation. Cette couche est riche en capillaires de nouvelles formations. Elle est doublée extérieurement d'une autre couche, plus mince, de cellules thécales formant de nombreux îlots. Cette couche est fortement vascularisée à capillaires largement dilatés.

CAS 4. Observation 146, 1928. M^{me} P. M., âgée de 38 ans. Régliée à 16 ans. Règles assez abondantes durant trois à quatre jours, indolores. Mariée depuis treize ans, elle a eu un seul accouchement normal. Depuis deux ans, affaiblissement, anémie et règles douloureuses durant plus longtemps que d'habitude (sept à huit jours). Entrée dans le Service de Gynécologie le 15 avril 1928. On découvre une rétroflexion de l'utérus et une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule au niveau des annexes gauches. On pense à un kyste du corps jaune.

Ovariectomie gauche et ventrofixation le 17 avril 1928.

Description macroscopique de l'ovaire gauche. L'ovaire forme une tumeur kystique ovoïde à grosse extrémité externe. La surface, exempte d'adhérences, est légèrement bosselée. A la coupe, le parenchyme ovarien contient de nombreux petits kystes dont le plus gros, sphérique, d'un diamètre de 19 mm., contient un liquide brun-jaunâtre.

Description histologique de l'ovaire gauche. Albuginée épaisse. Substance corticale avec peu de follicules primordiaux. Nombreux corps fibreux, corps hyalins et passablement de kystes atrésiques avec ou sans réaction lutéinique thécale. Le gros kyste ci-dessus décrit présente une paroi épaisse de 2 $\frac{1}{2}$ mm. en moyenne, constituée par de tissu lutéinique en voie d'organisation.

CAS 5. — Observation 2511, 1925. M^{me} F. M., âgée de 26 ans. Régliée à 14 ans, règles régulières, indolores, durant quatre à cinq jours. Aménorrhée depuis deux mois et demi, suivie d'une métrorragie très abondante qui résiste à tous les traitements institués depuis dix jours. Entrée dans le Service de Gynécologie le 30 décembre 1925. On découvre une tumeur annexielle gauche du volume d'une mandarine. On pense à un kyste du corps jaune sans pouvoir toutefois exclure la possibilité d'une grossesse tubaire.

Annexectomie gauche le 2 janvier 1926.

L'ovaire gauche forme une tumeur du volume d'une mandarine soudée au bout distal de la trompe oblitérée. Sa surface est couverte de nombreuses adhérences fibreuses. A la coupe on découvre quelques petits et un gros kyste irrégulièrement sphérique. Ce dernier est rempli d'un liquide rouge-brunâtre contenant des caillots sanguins.

Examen histologique de l'ovaire gauche. Nombreuses adhérences fibreuses filiformes et membraniformes à la surface de l'ovaire. Albuginée par places, épaisse et riche en substance hyaline. Quelques corps fibreux. Formations d'atrésie folliculaire peu nombreuses. Les kystes atrésiques ont souvent une thèque interne élargie contenant passablement de cellules lutéiniques. Le gros kyste, irrégulièrement sphérique avec un diamètre de 35 mm., possède une paroi épaisse en moyenne de 3 mm., constituée par de grosses cellules lutéiniques très bien conservées. Nombreux vaisseaux dilatés et fortement congestionnés dans la paroi kystique.

CAS 6. Observation 349, 1926. — M^{me} C. K., âgée de 26 ans. Régliée à 17 ans, règles régulières, durant trois ou quatre jours, indolores. Dernières règles il y a 24 jours. Mariée depuis sept ans, elle

n'a pas eu de grossesse. Depuis six ans, douleurs pelviennes avec exacerbation un ou deux jours avant et après les menstrues. Entrée dans le Service de Gynécologie le 20 mai 1926. On découvre une tumeur annexielle droite.

Annexectomie droite le 21 mai 1926.

L'ovaire droit a les dimensions d'un œuf de poule. Sa surface, légèrement bosselée, présente quelques adhérences fibreuses filiformes. A la coupe, nombreux petits kystes dont un, le plus grand, a le volume d'une grosse noisette. Il contient un liquide séreux jaunâtre.

Examen histologique de l'ovaire droit. Albuginée épaisse. Epithélium germinatif absent. Follicules primordiaux peu nombreux. Quelques follicules en voie d'accroissement normal. Formations atrésiques très nombreuses. L'atrésie kystique prédomine. Le kyste ci-dessus décrit mesure 17 mm. de diamètre. Il est limité par une membrane d'épaisseur variable allant, par endroits, jusqu'à 2 mm. Cette membrane est constituée par de grosses cellules polygonales entre lesquelles il existe un riche réseau capillaire néoformé. Elle est doublée intérieurement par une mince couche de tissu conjonctif riche en substance hyaline et pauvre en noyaux.

CAS 7. — Observation 2024, 1925. — M^{me} M. K., âgée de 39 ans. Régliée à 16 ans, règles régulières, durant sept jours environ. Douleur avant et après l'écoulement menstruel. Les dernières règles, il y a 40 jours, n'ont duré que deux jours. Depuis 25 jours, fortes douleurs dans la fosse iliaque droite et pertes sanguines peu abondantes d'abord puis augmentant d'intensité pour devenir très abondantes au bout de 19 jours. Depuis, l'écoulement sanguin a diminué de beaucoup, mais n'a pas cessé complètement. La malade est très pâle, anémiée, faible; elle se fatigue au moindre effort. Entrée dans le Service de Gynécologie le 25 octobre 1925. On constate une grossesse tubaire droite.

Annexectomie gauche et ovariectomie droite le 26 octobre 1925. La trompe gauche contient un œuf de 2 1/2 mois environ. L'ovaire droit, triplé de volume et bosselé, contient un kyste du volume d'une grosse noix. A la coupe, il s'en écoule un liquide sirupeux, rouge-brunâtre.

Description histologique de l'ovaire droit. Albuginée épaisse, pauvre en noyaux. Sclérose assez avancée dans la couche superficielle de la substance corticale; dans la couche profonde, follicules primordiaux assez rares. Nombreux petits kystes atrésiques sphériques dont les thèques internes présentent, en général, une faible réaction lutéinique. Le gros kyste ci-dessus décrit, mesure 36 mm. de diamètre. Sa cavité est directement limitée par une épaisse couche de tissu lutéinique fortement vascularisé dont les grosses cellules polygonales sont en grande partie en voie de régression.

CAS 8. — Observation 1164, 1925. — M^{me} M. A., âgée de 28 ans. Paludisme dans l'enfance. Régliée à 13 ans, règles régulières, abondantes, durant six jours, indolores. Trois fausses-couches entre 2 et

3 mois, dont la dernière il y a 19 jours, suivie de métrorragie pendant 16 jours. Entrée dans le Service de Gynécologie le 7 juillet 1925. On constate une anexite bilatérale.

Annexectomie bilatérale le 8 juillet 1925.

L'ovaire gauche contient un kyste de la grosseur d'une noix, contenant un liquide séreux jaunâtre.

Examen histologique de l'ovaire gauche. Quelques adhérences fibreuses à la surface. Epithélium germinatif absent en grande partie. Albuginée épaisse, peu distincte. Sclérose débutante dans la couche superficielle de la substance corticale. Dans la couche profonde de cette substance, follicules primordiaux peu nombreux mais assez bien conservés. Formations atrésiques nombreuses et variées. L'atrésie kystique prédomine. Le gros kyste ci-dessus mentionné, d'un diamètre de 21 mm., est tapissé par une couche de coloration jaunâtre, épaisse en moyenne de 3 mm. Cette couche, riche en capillaires de nouvelle formation est constituée par de grosses cellules lutéiniques très bien conservées. Elle est doublée extérieurement d'une couche plus mince constituée par des cellules lutéiniques plus petites (thécales) formant de nombreux îlots séparés par de larges capillaires et intérieurement, par une mince couche de fibrine.

CAS 9. — Observation 963, 1925. — M^{me} E. H., âgée de 43 ans. Régliée à 13 ans, règles régulières, indolores, durant trois jours. Trois accouchements normaux. Après le dernier accouchement, les suites de couches ont été fébriles et la malade a gardé le lit pendant deux mois. Actuellement, douleurs pelviennes. Les coïts sont douloureux. Entrée dans le Service de Gynécologie le 5 juin 1925. On constate une tumeur annexielle gauche.

Annexectomie gauche le 8 juin 1925. Les annexes gauches forment une tumeur irrégulière de la grosseur d'une mandarine, couverte d'adhérences fibreuses. La trompe, épaissie en massue et oblitérée à son bout distal, est soudée à l'ovaire. Celui-ci, gros comme un petit œuf de poule, est riche en petits kystes dont le plus volumineux atteint les dimensions d'une grosse noisette. Il contient un liquide séreux limpide.

Examen histologique de l'ovaire gauche. Adhérences fibreuses épaisses à la surface de l'ovaire. Albuginée mince, pauvre en noyaux. Follicules primordiaux rares. Très nombreuses formations atrésiques. L'atrésie kystique prédomine. Le gros kyste ci-dessus mentionné dont le diamètre mesure 20 mm., contient dans sa cavité de la fibrine et des globules rouges bien conservés. La paroi kystique, épaisse en moyenne de 4 1/2 mm., se compose d'une mince couche de tissu conjonctif limitant la cavité et d'une couche épaisse de cellules lutéiniques en voie de régression.

III.

DISCUSSION.

Les formations kystiques dans les neuf cas que nous venons de décrire, sont de deux sortes : les plus petites sont d'origine atrésique (atrésie folliculaire kystique) et les plus grosses, des kystes du corps jaune. Ces derniers ont une forme plus ou moins régulièrement sphérique avec un diamètre de 17 mm. pour le plus petit et 43 mm., pour le plus volumineux kyste. La structure de leur paroi varie très peu d'un cas à l'autre. L'aspect histologique des éléments cellulaires des couches lutéiniques est également peu variable. Dans 5 kystes nous trouvons ces éléments comme on les trouve en pleine période d'état du corps jaune et dans 4 kystes au début du stade de régression avec commencement d'organisation. Nous n'avons pas observé des stades plus avancés avec disparition complète des cellules lutéiniques et hyalinisation des parois kystiques. Il est à remarquer que le degré d'évolution des éléments constitutifs des parois kystiques ne se trouve pas toujours en rapport direct avec les dimensions des kystes. Ainsi notre plus gros kyste, mesurant 43 mm. de diamètre, présente une paroi où ces éléments sont en période d'état tandis que dans quelques-uns des plus petits on les trouve en régression.

Dans aucun de nos kystes nous n'avons trouvé au complet la structure classiquement décrite. La couche lutéinique provenant de la membrane granuleuse est présente dans tous nos cas. Dans quelques-uns, elle est uniquement constituée par des cellules plus ou moins bien conservées. Dans d'autres, elle est traversée par des cellules conjonctives et des capillaires de nouvelle formation provenant des thèques. La cavité kystique est quelquefois limitée par une mince couche de fibrine doublée ou non extérieurement d'une membrane conjonctive plus ou moins hyalinisée. Cette

dernière limite, dans quelques kystes, sans interposition de fibrine, la cavité kystique. Le contenu kystique, constitué par un liquide séreux mélangé ou non à du sang liquide ou à des caillots sanguins, existe dans tous nos neuf cas. La couche lutéinique thécale manque souvent.

Nous avons vu plus haut, que les auteurs attribuent la formation des kystes du corps jaune à des inflammations des organes génitaux internes. (FRÄNKEL, PFANNENSTIEL, v. OETTINGER). Ces états morbides provoqueraient, soit une transudation dans le corps jaune en évolution, soit une altération des sécrétions internes de l'ovaire, facteurs entraînant la dégénérescence kystique. SCHRÖDER parle de défaut ou d'insuffisance d'organisation du centre du corps jaune.

Dans notre premier cas, des lésions inflammatoires (adhérences fibreuses à la surface de l'ovaire contenant le kyste du corps jaune) n'ont été décelées qu'à l'examen histologique de l'ovaire. Ces lésions sont évidentes dans cinq cas (2, 5, 6, 8 et 9) dont un d'origine tuberculeux. Dans trois cas (3, 4 et 9) nous n'en n'avons pas découvert au niveau des organes examinés. (L'examen histologique complet des organes génitaux internes, pour des raisons d'ordre technique, n'a pu être pratiqué.) Mais dans le cas 7, où l'extirpation de l'ovaire droit, contenant un kyste du corps jaune, a été pratiquée, à l'occasion d'une laparotomie pour grossesse tubaire gauche, des adhérences fibreuses au niveau des annexes extirpées ont été signalées dans le status opératoire.

La symptomatologie des kystes du corps jaune est le plus souvent obscure à cause des manifestations cliniques provenant des lésions concomitantes. Ces manifestations masqueut ou dénaturent les symptômes propres aux kystes du corps jaune. Des douleurs pelviennes et des troubles menstruels paraissent constituer les manifestations cliniques de ces formations. Les douleurs surviennent le plus souvent au début des règles. Les troubles du flux cataménial consistent en métrorragies, ménorragies ou aménorrhée. Il y a quelquefois alternance entre ces deux dernières.

En analysant nos cas au point de vue des manifestations cliniques, nous trouvons :

Dans le cas 1, la malade, âgée de 26 ans, a eu pendant dix ans des règles normales, puis, une année avant d'être opérée, les menstrues deviennent douloureuses à leur début, augmentent d'abondance et leur durée a été portée de 4 à 8 jours (ménorragie). Il se peut que le kyste du corps jaune soit la cause de ces manifestations, mais il ne faut pas oublier que le fibromyome de la matrice qui a nécessité l'intervention opératoire, peut donner lieu aux mêmes manifestations. Comme les éléments constitutifs de la paroi kystique sont, dans ce cas, relativement jeunes, le kyste du corps jaune paraît être de formation plus récente que le volumineux fibromyome de l'utérus, et les symptômes cliniques, qui ne remontent pas à plus d'une année, cadrent mieux avec l'apparition du kyste.

Dans le cas 2, nous ne trouvons rien de caractéristique : les douleurs pelviennes s'irradiant vers les racines des membres qui y sont signalées, peuvent parfaitement s'expliquer par la présence de l'annexite tuberculeuse bilatérale dont la patiente est atteinte. Les règles sont abondantes, prolongées et douloureuses pendant toute la durée et après le flux catoménial. Mais, depuis leur instauration et pendant 27 ans (la patiente est âgée de 43 ans), elles ont eu ces mêmes caractères.

Dans le cas 3, les règles ont changé de caractère trois ans avant l'extirpation d'un kyste de l'ovaire droit. Elles sont devenues irrégulières et douloureuses les premiers jours ; quelquefois elles manquent. Enfin, lors des dernières règles, il survint une forte métrorragie. Toutes ces manifestations sont attribuables, comme nous l'avons vu plus haut, à la présence d'un kyste du corps jaune. L'ovaire droit en renferme, en effet, dans ce cas, un assez volumineux (43 mm. de diamètre), le plus gros de nos neuf kystes, et nous n'avons constaté aucun autre état pathologique pouvant expliquer les troubles menstruels dans ce cas.

Dans le cas 4, rien de caractéristique non plus : les règles, normales pendant 20 ans, ont brusquement changé de caractère et sont devenues, deux ans avant l'extirpation de l'ovaire gauche contenant un kyste du corps jaune, douloureuses en même temps que leur durée a doublé.

Dans le cas 5, deux mois avant l'extirpation des annexes gauches, il est survenu une aménorrhée, suivie, quelques jours avant l'opération, d'abondantes métrorragies. Ici, comme dans les deux cas qui précèdent, la symptomatologie cadre bien avec l'existence d'un kyste du corps jaune.

Dans le cas 6, on note : depuis six ans, avant l'intervention opératoire, des douleurs pelviennes avec exacerbation un ou deux jours avant et après les règles. La patiente étant atteinte d'une annexite chronique, il nous semble imprudent d'attribuer au kyste du corps jaune ces manifestations pathologiques.

Dans le cas 7, il s'agit d'une grossesse tubaire gauche de deux mois et demi environ. Les dernières règles, 40 jours avant l'opération, n'ont duré que 2 jours quand leur durée habituelle était de 7 jours. Il y avait donc grossesse d'un mois à cette époque. On note encore l'existence de douleurs avant et après l'écoulement menstruel, fortes douleurs pelviennes pendant les derniers mois et, enfin, des métrorragies, pendant 25 jours avant l'intervention opératoire. En définitive, nous pouvons admettre ici un renforcement des symptômes dus à la grossesse éctopique par suite de l'existence d'un kyste du corps jaune.

Dans le cas 8, nous ne voyons pas des manifestations cliniques pouvant faire supposer l'existence d'un kyste du corps jaune.

Enfin, dans le cas 9, les douleurs pelviennes peuvent parfaitement bien être dues à l'existence d'une annexite gauche formant une tumeur de la grosseur d'une mandarine.

Le diagnostic de kyste du corps jaune n'a pu être posé avant l'opération que dans les cas 3, 4 et 5. Dans ces cas, les kystes étaient suffisamment volumineux pour permettre leur palpation, et accompagné de manifestations cliniques

considérées comme caractéristiques pour ces lésions. Dans les six autres cas, cette lésion constituait une trouvaille fortuite au cours d'interventions opératoires faites pour différentes autres affections.

CONCLUSIONS.

1° La dégénérescence kystique frappe le corps jaune le plus souvent à sa période d'état ou au début de sa période de régression.

2° Le volume des kystes du corps jaune n'est pas directement proportionnel au degré d'évolution des ces éléments constitutifs; par contre, ce dernier se trouve en rapport direct avec leur âge.

3° Les états inflammatoires au niveau des organes génitaux internes paraissent jouer un rôle important mais non exclusif, dans la formation des kystes du corps jaune.

4° Le diagnostic des kystes du corps jaune ne peut être posé, avec plus ou moins de certitude, que dans les cas où ces formations atteignent des dimensions suffisantes pour permettre leur palpation et en présence d'un cortège plus ou moins complet de manifestations cataméniales tels que: dysménorrhée, aménorrhée, ménorragies ou métrargies.

5° Les kystes du corps jaune et surtout ceux de volume restreint sont le plus souvent des trouvailles fortuites au cours des interventions opératoires.

BIBLIOGRAPHIE

1. L. FRÄNKEL. — Corpus luteum Zysten und Corpus luteum Persistenz. *Zentralbl. f. Gyn.* N^o 31, 1922.
 2. R. SCHRÖDER. — Corpus luteum Zysten oder zystische Corpora lutea. *Monatsschrift f. Geb. und Gyn.* Band LXII, Heft 5-6, 1925.
 3. V. OETTINGER. — Zur Aetiologie der Luteinzysten. *Zentralbl. f. Gyn.* N^o 14, 1922 et 17, 1924.
 4. G. SCHICKELÉ. — *Gyn. et Obst.* T. XII, 1925.
 5. ISEKI HYSASHI. — Zur Kenntnis der zystischen Follikelbildung. *Arch. f. Gyn.* Band CXXII, S. 406.
 6. V. STEPANOWITSCH. — Die klinische Diagnostik der Corpus luteumzysten und die Bedeutung dieser für den Organismus. *Geb. gyn. Klinik; milit. med. Akad. St. Petersburg. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn.* Band LXV, S. 204, 1924.
 7. A. FRANCLIN-DORMAN. — Cysts of the corpus luteum simulating ectopic gestation. *Americ. journ. of Obst.* 1913.
 8. J. NOVAK. — Praktische Ergebnisse aus der Lehre von der inneren Sekretion der Ovarien. *Wiener. med. Wochenschr.* Jg. 73, Nr. 26, S. 1192, 1923.
 9. R. KELLER (Strasbourg). — *Gynéc. et Obst.* T. XII, 1925.
 10. D. STAMATEFF. — Coeliotomie vaginale. Juin 1905.
-